



# Formulario de Inscripción 2023

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

### ¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un Plan Medicare Advantage

### Para unirse a un plan, debes:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los EE.UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debes tener ambos:

- Medicare Parte A (Seguro Hospitalario)
- Medicare Parte B (Seguro Médico)

### ¿Cuándo uso este formulario?

Puedes unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de recibir por primera vez Medicare
- En ciertas situaciones en las que se te permite unirse o cambiar de plan

Visita [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puedes inscribirte en un plan.

### ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Tu número de Medicare (el número de tu tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Tu dirección permanente y número de teléfono

**Nota:** Debes completar todos los artículos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales: no se te puede negar la cobertura porque no lo completes.

### Recordatorios:

- Si deseas unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe obtener tu formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Tu plan te enviará una factura por la prima del plan. Puedes optar por firmar para que se deduzcan tus pagos de prima de tu cuenta bancaria o de tu beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

### ¿Qué sucederá después?

Envía tu formulario completo y firmado a:

MMM Healthcare, LLC.  
PO BOX 71114  
SAN JUAN, PR 00936-8014

Una vez que procesen tu solicitud para unirse, se pondrán en contacto contigo.

### ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llama a MMM al 1-833-647-9555.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, llama a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

### In English: Call MMM at

1-833-647-9555 / TTY: 711 or Medicare toll free at 1-800-633-4227 and a representative will be available to assist you.

### Personas sin hogar.

Si desea unirse a un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado de correos, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques de seguro social) puede considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con el Acta de 1995 de reducción de trabajo en papel, ninguna persona está obligada a responder a una colección de información a menos que no muestre un número de control válido de OMB. El número de control válido OMB para esta colección de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información tiene un tiempo estimado de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo de revisión de instrucciones, búsqueda de datos, recolección de la data necesaria y completar y revisar la información colectada. Si usted tiene algún comentario con respecto a la confiabilidad del tiempo estimado o alguna sugerencia para mejorar esta forma, por favor escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**IMPORTANTE:** No envíe esta forma o algún otro documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, récords médicos, etc.) a la oficina de PRA Reports Clearance. Cualquier documento que recibimos que no sea sobre cómo mejorar esta forma y la colección de datos (según descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará o enviará al plan. Refiérase a la sección: ¿Qué sucederá después? En esta página para enviar su forma completada al plan.



Núm. de boleta: \_\_\_\_\_

Núm. de agente de ventas: \_\_\_\_\_

Por favor, llama a MMM Healthcare, LLC. (MMM) si necesitas información en otro idioma o formato (ejemplo: letra agrandada). Este documento se encuentra disponible en nuestra página web [www.mmmpr.com](http://www.mmmpr.com) en letra agrandada para acceso inmediato.

**Sección I - Todos los campos de esta página son obligatorios  
(a menos que estén marcados como opcionales)**

**Para afiliarte a MMM o PMC, por favor provee la siguiente información:**

**Selecciona el plan al que deseas afiliarte:**

<b>Plan</b>	<b>Contrato</b>	<b>Número PBP</b>	<b>Prima Mensual</b>
<input type="checkbox"/> MMM Supremo (HMO C-SNP)	H4003	009	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Integral (HMO C-SNP)	H4003	052	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Vibrante (HMO C-SNP)	H4003	053	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Único (HMO POS)	H4003	019	\$15
<input type="checkbox"/> MMM Elite (HMO POS)	H4003	034	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Encanto (HMO POS)	H4003	054	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Deluxe (HMO POS)	H4003	055	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Flexi Max (HMO POS)	H4003	057	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Plenitud (HMO POS)	H4004	065	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Balance (HMO POS)	H4004	063	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Diamante Platino (HMO D-SNP)	H4003	017	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Valor Platino (HMO D-SNP)	H4003	047	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Dorado Platino (HMO D-SNP)	H4003	058	\$0
<input type="checkbox"/> MMM Relax Platino (HMO D-SNP)	H4004	062	\$0
<input type="checkbox"/> PMC Max (HMO POS)	H4004	056	\$0
<input type="checkbox"/> PMC Premier Platino (HMO D-SNP)	H4004	048	\$0



**Apellidos:**

**Nombre:**

**Inicial:**

(opcional)

**Apodo:** (opcional)

**Fecha de nacimiento**

-  -   
Mes          Día          Año

**Sexo: Número de teléfono residencial:**

M     -  -   
 F     -  -

**Número de teléfono celular:**

 -  - 

¿Tiene correo electrónico? (opcional)  Si  No

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

¿Acepta recibir mensajes? (opcional)  Si  No

**Favor de marcar donde acepta recibir mensajes de texto y/o información:**

Teléfono del Hogar     Teléfono celular     e mail     No acepto

**Seleccione si es persona sin hogar:**  Si  No

**Dirección de residencia permanente** (no se permite apartado de correo a menos que no tenga hogar):

**Ciudad:**

**Estado:**

P R

**Código postal:**

 - 

**Dirección postal** (Apartado de correos permitido. Solo si es diferente a la dirección residencial permanente):

**Ciudad:**

**Estado:**

P R

**Código postal:**

 - 

**Contacto de emergencia** (opcional):

**Dirección postal** (solo si es diferente a la dirección residencial permanente):

**Ciudad:**

**Estado:**

P R

**Código postal:**

 - 

**Relación contigo:**

- Cónyuge  
 Hijo/a  
 Padre  
 Otro

**Número de teléfono:**

 -  - 

**Teléfono celular:**

 -  - 

**Correo electrónico:** (opcional) \_\_\_\_\_



**Favor de proveer tu información del seguro de Medicare**

Número de Medicare:

-   -     -

Debes tener la Parte A y Parte B de Medicare para afiliarte a un plan Medicare Advantage.

Tienes derecho a:

**HOSPITAL (Parte A)**

Fecha de Efectividad:

-   -      
Mes Día Año

**MÉDICO (Parte B)**

-   -      
Mes Día Año

**Responde estas preguntas importantes:**

**Si selecciona un plan de Necesidades Especiales para Condiciones Crónicas (HMO C-SNP), favor marca todas las condiciones aplicables. Condiciones Crónicas:**

Según mi conocimiento, padezco de:

- Diabetes Mellitus     Desórdenes Cardiovasculares     Fallo Cardíaco Crónico

¿Tienes otra cubierta de medicamentos recetados adicional a **MMM**? (como VA, TRICARE)     Sí     No

Nombre de la otra cubierta: \_\_\_\_\_ Número de identificación de la cubierta: \_\_\_\_\_

Número de Grupo de la cubierta: \_\_\_\_\_

**Cubierta médica anterior (Opcional):**

- Triple S     Humana     MCS     Medicare Original     Otro: \_\_\_\_\_

**Selección de beneficio Platino**

Medicare Platino es una opción de cubierta ofrecida por **MMM** en conjunto con el **Gobierno Federal y el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico** (Medicaid). La Administración de Servicios de Salud ha combinado sus beneficios para ofrecer el Programa Medicare Platino para todos los beneficiarios de Medicaid con las Partes A y B de Medicare.

**¿Estas afiliado en el Programa Medicaid del Estado?**     Sí     No

Si contestaste “sí”, por favor, provee una copia de el formulario titulado “Notificación de acción tomada sobre la solicitud y/o reevaluación del programa de asistencia médica” (hoja MA10), y provee el número requerido por Medicare para confirmar su cubierta de Medicaid: \_\_\_\_\_







## SECCIÓN 2 - TODOS LOS CAMPOS DE ESTA PÁGINA SON OPCIONALES

ES TU ELECCIÓN RESPONDER A ESTAS PREGUNTAS. NO SE TE PUEDE NEGAR COBERTURA POR NO COMPLETARLA.

### ¿Eres de origen hispano, latino o español? Selecciona el que aplique:

- No, no de origen hispano, latino o español
- Sí, mejicano, américo mejicano, chicano/a
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano/a
- Sí, otro de origen hispano, latino o español
- Prefiero no responder

### ¿Cuál es tu raza? Selecciona lo que aplique:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio americano ó Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Japonés                  | <input type="checkbox"/> Samoana/o             |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático                     | <input type="checkbox"/> Koreano                  | <input type="checkbox"/> Vietnamita            |
| <input type="checkbox"/> Negro ó Afroamericano              | <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo          | <input type="checkbox"/> Blanco                |
| <input type="checkbox"/> Chino                              | <input type="checkbox"/> Otro Asiático            | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Filipino                           | <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico |  |
| <input type="checkbox"/> Guamanian ó Chamorro               |   |  |

### Por favor, selecciona el idioma en que prefieres que te hagamos llegar la información de tu cubierta de salud:

- Inglés     Español     Otro (especifique): \_\_\_\_\_

### Selecciona uno si deseas que te enviemos la información en un formato accesible:

- Letra agrandada     Audio CD     Braille

Por favor, llama al 1-866-333-5470 (libre de cargos) si necesitas información en otro formato accesible o idioma distinto a los que están listados arriba. Nuestro horario de servicio es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios del sistema TTY (audio impedidos) deben llamar al 711.

I. ¿Trabajas?     Sí     No                      ¿Posees otro seguro de salud?     Sí     No

Nombre de la otra cubierta: \_\_\_\_\_ Número de identificación de la cubierta: \_\_\_\_\_

Número de Grupo de la cubierta: \_\_\_\_\_ Fecha de efectividad de la cubierta: \_\_\_\_\_







## Pagando su prima del plan

### Para beneficiarios que se están afiliando en un plan con prima:

Puedes pagar la prima mensual del plan (incluyendo cualquier penalidad por inscripción tardía que tengas o pueda adeudarse) por correo, Transferencia Electrónica de Fondos (EFT) o por tarjeta de crédito cada mes. **También puedes optar por pagar la prima al tenerla automáticamente deducida de tu beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes.**

**Si tienes que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debes pagar esta cantidad adicional además de la prima de tu plan. NO pagues a MMM la Parte D-IRMAA.**

### Por favor, selecciona una opción de pago de la prima:

- Deducción automática de tu cheque de beneficio mensual del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés). La deducción del Seguro Social/RRB puede tomar dos meses o más para comenzar, luego de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta la solicitud para deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficio del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas que debe pagar desde la fecha de efectividad de su afiliación hasta el punto en que su retención comienza. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba tu solicitud para deducción automática, se te enviará una libreta de pago por las primas mensuales.

Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB

- Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) de tu cuenta bancaria cada mes. Por favor, incluye un cheque CANCELADO o provee la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta:

Número de ruta bancario:  Número de cuenta bancaria:

Tipo de cuenta:  Cheque  Ahorro

- Recibir una libreta de pago.
- Si deseas pagar con tarjeta de crédito, comunícate con Servicio al Afiliado al 866-333-5470 / TTY: 711.

## DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", System No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.



**Uso Oficial Solamente:**  ICEP  IEP  AEP  OEP  SEP  NO ES ELEGIBLE

	Código SEP	Afirmaciones del período de elección especial (SEP, por sus siglas en inglés)
<input type="radio"/>	MOV	El próximo mes me mudaré o en los últimos dos meses me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual. Fecha de la mudanza: _____
<input type="radio"/>	MDE	Tengo Medicare y Medicaid, o el Estado me ayuda con el pago de las primas de Medicare.
<input type="radio"/>	LEC	Ya no cumpla con los requisitos para la cubierta de mi patrono anterior, o abandoné la cubierta de un patrono. Fecha de pérdida: _____
<input type="radio"/>	OTH	Tengo necesidades especiales que permiten una excepción en mi inscripción (MMM evaluará su caso y se comunicará con usted).

**Uso Oficial Solamente:**

Número de identificación del plan: \_\_\_\_\_

Fecha de recibo del Representante de Ventas/Agente/Productor Independiente:   -   -      
Mes Día Año

Fecha de efectividad de la cubierta:   -   -      
Mes Día Año

Lugar de venta:

- |  |                                   |                                  |   |                              |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seminario   | <input type="checkbox"/> Hogar/WI | <input type="checkbox"/> Correo  | <input type="checkbox"/> Oficina                    | <input type="checkbox"/> Fax |
| <input type="checkbox"/> Teléfono UCID: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>        | <input type="checkbox"/> Otro     | <input type="checkbox"/> Walk-in | <input type="checkbox"/> Institución/Hogar Custodio |                              |
| <input type="checkbox"/> Teléfono Institución: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> POS      |                                  |   |                              |

**¿Dónde consiguió información del plan?**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Periódico      | <input type="checkbox"/> Oficina de su médico          | <input type="checkbox"/> Rótulo en valla | <input type="checkbox"/> Correo         |
| <input type="checkbox"/> Revista        | <input type="checkbox"/> Empleado de MMM               | <input type="checkbox"/> Folleto         | <input type="checkbox"/> Internet       |
| <input type="checkbox"/> Radio          | <input type="checkbox"/> Referido por familiar o amigo | <input type="checkbox"/> TV              | <input type="checkbox"/> Cliente previo |
| <input type="checkbox"/> Oficina de MMM | <input type="checkbox"/> Fax                           | <input type="checkbox"/> Otro: _____     |   |

Nombre del Representante de Ventas/Agente/Productor Independiente: \_\_\_\_\_

Firma del Representante de Ventas/Agente/Productor Independiente: \_\_\_\_\_

Número de Empleado/Agente/Productor Independiente: \_\_\_\_\_

Número de Confirmación de Cita: \_\_\_\_\_

